TITRES, SERVICES

ET

NOTICE ANALYTIQUE

DES TRAVAUX

DE

M. Hippolyte BLOT

PARIS
IMPRIMERIE DE L. MARTINET
RUE MIGNON, 2
1860

à Mr le Dr Chailly. Honoré
hommage de l'auteur
Hippte Blot

TITRES, SERVICES

ET

NOTICE ANALYTIQUE

DES TRAVAUX

DE

M. Hippolyte BLOT

PARIS
IMPRIMERIE DE L. MARTINET
RUE MIGNON, 2
1860

TITRES ET SERVICES.

1846. Interne des hôpitaux de Paris. Quatre années d'internat, dont deux (1848 et 1849) à la maison d'accouchement (Maternité).

1849. Lauréat des hôpitaux.

1847. Membre adjoint de la Société anatomique.

1849. Membre titulaire de la Société anatomique.

1851. Membre honoraire de la Société anatomique.

1848. Membre titulaire de la Société de biologie.

1849. Docteur en médecine.

1853. Concours pour l'agrégation (section d'accouchements).

1854. Lauréat de l'Académie de médecine (mention honorable) dans le concours pour le prix Capuron.

1855. Chef de clinique d'accouchements de la Faculté de Paris. (Exercice pendant les années 1855-1856.)

+

Enseignement.

Cours publics d'accouchements faits à l'École pratique de la Faculté, depuis l'année 1850 jusqu'à ce jour.

1860 – Cours d'accouchements de la faculté en remplacement de Mr le professeur Moreau (semestre d'été).

1860 – cours de clinique obstétricale en remplacement de Mr le professeur P. Dubois (Septembre et octobre).

+

1857 – vice-président de la société de Biologie.

1857 – Professeur agrégé à la faculté ~~de médecine~~ (Section d'acc.

AVERTISSEMENT.

Comme, dans la notice qui suit, j'ai fait tous mes efforts pour être le plus bref possible, je crois utile d'appeler plus particulièrement l'attention de mes juges sur certains des travaux qui s'y trouvent consignés de la même façon que les autres, quoiqu'ils aient véritablement une toute autre valeur. L'un d'eux surtout, résumé très succinct du mémoire beaucoup plus complet que je prépare sur ce sujet, me paraît devoir être signalé à cause des questions importantes de physiologie et de pathologie générale qu'il soulève ; je veux parler de la *glycosurie physiologique* des femmes en couches, des nourrices, et de certaines femmes enceintes, que j'ai découverte dans le mois d'août 1856. C'est, en effet, la première fois qu'on signale et qu'on démontre le passage du sucre dans les urines pendant l'état de santé et sous la seule influence d'une condition toute physiologique comme la lactation. Cette découverte, qui, très probablement, va constituer comme une annexe à celle de la glycogénie faite par M. Cl. Bernard, pourra peut-être jeter sur cette dernière une certaine lumière, et je puis dire ici, par avance, ce que j'ai déjà exposé à la Société de biologie à l'appui de cette opinion. Un fait m'avait depuis longtemps frappé, dans les nombreuses autopsies de femmes en couches que j'ai eu l'occasion de pratiquer, c'est le volume plus ou moins considérable du foie. En 1848 et 1849, pendant mon internat à la Maternité de Paris, j'avais déjà consigné cette remarque dans mes notes. Depuis que j'exerce à la Faculté les fonctions de chef de clinique, le même fait s'était toujours montré à mon observation ; mais jusqu'à présent, je

l'avoue, son explication était restée indécise. Tout d'abord, je m'étais demandé si la gêne apportée à la circulation abdominale par le développement du globe utérin ne pouvait pas rendre un compte suffisant de cette hypertrophie, mais il y avait autre chose que la simple hypertrophie qui n'avait point échappé à mon attention, et qui s'expliquait plus difficilement par ce simple trouble fonctionnel dans la circulation hépatique, à savoir son état graisseux plus ou moins avancé. Or, quand, à propos d'une femme enceinte diabétique placée dans le service de la clinique, j'eus l'idée d'examiner les urines des femmes enceintes, en couches et nourrices pour voir si elles ne contiendraient pas du sucre, et qu'à mon grand étonnement j'en rencontrai, je ne pus me défendre de rapprocher immédiatement cet état du foie que je viens d'indiquer de cette glycosurie physiologique. Je fis alors l'histologie de cet organe, et je trouvai que ses cellules avaient subi des modifications tout à fait analogues, je devrais même dire semblables à celles décrites par M. Cl. Bernard, dans les cellules du chien tué en pleine digestion, c'est-à-dire pendant la période d'activité fonctionnelle de l'organe. Ces cellules, de polygonales qu'elles sont d'ordinaire, deviennent plus ou moins rondes, et de plus leur contenu granuleux, souvent même les noyaux, sont masqués par une quantité plus ou moins grande de globules graisseux. En dehors d'eux s'observe aussi une très grande proportion de graisse. Je fus dès lors très disposé à admettre, jusqu'à plus ample informé, que l'hypertrophie et l'état graisseux du foie étaient, pour ainsi dire, un état physiologique passager, en rapport très probable avec la glycosurie physiologique également temporaire que je venais de découvrir. La glande hépatique produisant plus de sucre à ce moment qu'aux autres époques de la vie, se congestionne et s'hypertrophie, et de plus une grande quantité de graisse s'accumule dans son intérieur...

La présence de cette énorme quantité de graisse, sous l'influence de laquelle les cellules hépatiques changent plus ou moins de forme, viendra peut-être aussi, par un fait physiologique facile à étudier, éclairer la question suivante, restée encore douteuse et obscure : Quels sont les éléments aux dépens desquels le foie fait le sucre? Les uns pensant que c'est aux dépens des principes albuminoïdes, tels que la fibrine et l'albumine; les autres étant, au contraire, disposés à admettre que le sucre du foie résulte

de la transformation de la graisse. Cette dernière manière de voir me paraît singulièrement renforcée par les faits que nous venons de rappeler brièvement. A quoi serait due, en effet, la présence de toute la graisse en excès qu'on trouve ainsi dans la foie? A moins qu'on ne veuille admettre que ce ne soit là que le résultat de la suractivité fonctionnelle de l'organe, et non pas, qu'on me passe l'expression, des matériaux préparés, et mis en dépôt par l'organisme pour la fabrication surabondante de sucre dont cet organe doit être bientôt chargé. Mais s'il fallait se prononcer d'après l'analogie, on ne serait pas disposé à accepter cette deuxième hypothèse; car nous ne voyons pas ordinairement les organes qui fonctionnent activement subir cette modification; le contraire s'observe plutôt.

Comme on peut le voir, quelle que soit la valeur qu'on soit disposé à accorder aux raisonnements que je viens d'exposer en peu de mots, il n'en reste pas moins évident que cette découverte du sucre, dans une condition physiologique spéciale, rapprochée de l'état particulier du foie, que nous avons constamment rencontré chez les femmes mortes en couches, constitue un des faits les plus intéressants, et peut-être les plus importants au point de vue purement physiologique.

Or cet intérêt physiologique n'est pas le seul que nous offre la question, à l'étude de laquelle je me suis livré, et que je poursuis encore en ce moment. Il est bien certain qu'au point de vue pathologique, il y a là aussi quelque chose de grave et de curieux.

Jusqu'à présent, en effet, l'existence du sucre dans l'urine constituait pour tous les médecins un *signe pathognomonique* d'une des affections les plus graves, du diabète; or, dorénavant, on devra distinguer avec soin les conditions dans lesquelles le sucre passe dans l'urine, et pour accepter l'existence d'un véritable diabète, il faudra non-seulement découvrir du sucre dans les urines, mais aussi, chez le sujet qui rend ces urines, les différents symptômes du diabète. En d'autres termes, il faudra faire ce que j'ai contribué à faire faire pour l'albuminurie et la néphrite albumineuse, c'est-à-dire distinguer avec soin la *glycosurie* du *diabète*, l'une pouvant n'être qu'un acte physiologique plus ou moins temporaire, l'autre constituant une véritable maladie.

Dans la crainte d'abuser de l'attention de mes juges, je n'insisterai pas

plus longuement sur ce sujet, et je me contenterai de leur signaler encore parmi mes travaux, comme offrant le plus d'intérêt :

1° Ma Thèse *Sur l'albuminurie.*

2° La *Nouvelle description des ligaments ronds.*

3° La découverte du *frémissement vibratoire* au niveau du souffle utérin.

4° Mon *Mémoire sur l'arthrite suppurée* et sa *guérison possible avec conservation des mouvements* que j'ai signalée le premier.

5° Le fait remarquable de *variole chez le fœtus sans variole chez la mère.*

TRAVAUX.

1847. *Mémoire sur les accidents cérébraux du scorbut.*

(Union médicale.)

Ce travail a surtout pour but de prouver par des faits que, sous l'influence de l'altération du sang particulière au scorbut, il peut se faire quelquefois dans le cerveau ou ses enveloppes des hémorrhagies assez considérables pour produire des accidents d'hémiplégie. Ces faits ont un véritable intérêt à cause des opinions tout à fait opposées émises par la plupart des auteurs qui ont écrit sur le scorbut.

1847. *Démonstration à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie de la vraie nature et de la véritable disposition anatomique de la caduque.*

(Bulletins de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie.)

J'arrive à cette démonstration, et par l'histologie de la membrane dite *caduque*, et par l'insufflation d'air par les trompes. Je montre ainsi que l'air, au lieu de passer, comme il aurait dû le faire, d'après l'ancienne théorie, entre la surface externe de la caduque et le tissu utérin, pénètre très facilement dans la cavité même de la caduque, à travers les orifices naturels qu'elle présente au niveau de l'extrémité utérine des trompes, où il est facile de voir la muqueuse utérine se continuer, en se fronçant légèrement, avec la muqueuse qui tapisse ces conduits.

Ces différentes particularités anatomiques, qui prouvent que la caduque n'est rien autre chose que la muqueuse utérine hypertrophiée, sont montrées sur des utérus gravides' pris sur des femmes mortes à différentes époques de la gestation.

1849. *Note pour servir au diagnostic et au traitement des tumeurs du pli du bras.*

(*Union médicale.*)

Travail publié pendant mon internat à la Charité, dans le service de M. le professeur Velpeau, à l'occasion d'un malade qui présentait dans le pli du coude gauche une tumeur qui, avec toutes les apparences et presque tous les caractères de l'anévrysme *artériosoveineux*, offrit cependant des particularités qui rendirent le diagnostic extrêmement difficile et le traitement infructueux.

L'injection du membre faite avec soin, suivie d'une dissection attentive, ont permis de reconnaître là une espèce particulière de tissu morbide extrêmement vasculaire, très analogue à un ensemble de plusieurs anévrysmes artério-veineux intriqués l'un avec l'autre.

1849. *Note sur un exemple remarquable de notencéphalie compliquée de* spina bifida.

(*Union médicale.*)

Description détaillée d'un monstre de cette espèce rare, avec la relation de quelques faits analogues consignés dans les différents auteurs.

184 9. *Destumeurs épithéliales de l'amnios chez la vache*, description et histologie (avec figures).

(*Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie.*)

1849. *Des ostéophytes crâniennes chez les femmes mortes en couches.*

(*Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie.*)

Faits confirmatifs de ceux exposés par M. Ducrest dans sa thèse inaugurale.

1849. *Du sarcocèle syphilitique.*

(*Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie.*)

Deux testicules atteints de sarcocèle syphilitique, pris sur un homme mort du choléra, et qui était atteint des accidents tertiaires de la syphilis. On voit dans les deux testicules les vaisseaux séminifères remplacés, dans les deux tiers de ces organes, par une matière grisâtre, élastique, d'apparence homogène, qui, examinée au microscope, se montre entièrement formée par des *éléments fusiformes de tissu fibro-plastique.*

Une planche représentant ces testicules accompagne cette note.

1849. *De l'existence du sphincter anal inférieur dans un cas d'absence de la portion la plus inférieure du rectum chez un nouveau-né.* — Conséquences pratiques.

(*Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie.*)

1849. *Note sur des urines albumineuses sans néphrite chez une femme en couches.*

(*Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie.*)

Nouvelle preuve à l'appui de celles données antérieurement en faveur de la proposition suivante : le passage de l'albumine dans les urines chez

les femmes enceintes n'est pas nécessairement lié à une néphrite. Il peut, s'il dure depuis longtemps et abondamment, favoriser l'hémorrhagie après la délivrance.

La femme à qui avaient appartenu ces reins avait eu, en effet, une hémorrhagie que rien n'avait pu arrêter que le tampon.

1849. *De l'albuminurie des femmes enceintes; ses rapports avec l'éclampsie; son influence sur l'hémorrhagie utérine après l'accouchement.*

(*These inaugurale*, 1849.)

Travail très étendu, basé sur deux cents cinq observations, toutes recueillies par moi à la Maternité de Paris.

Les faits principaux qui ressortent de ces recherches sont :

1° La fréquence très grande de l'albuminurie pendant la grossesse, et la distinction très importante entre l'albuminurie et la néphrite albumineuse.

2° Comme fait complétement nouveau, la prédisposition aux hémorrhagies après la délivrance, résultant d'une albuminurie abondante et longtemps prolongée, par suite du défaut de plasticité du sang résultant du passage anormal à travers le rein d'un des éléments plastiques du sang (onze observations d'hémorrhagie de cette espèce).

Les principales conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Le mot *albuminurie* ne doit plus être employé comme synonyme des expressions *néphrite albumineuse*, *maladie de Bright*, etc., etc. Il faut employer ce mot dans son sens purement étymologique, purement grammatical, c'est-à-dire pour exprimer le passage de l'albumine par les reins. De même que l'ascite, l'albuminurie doit être étudiée comme un symptôme, et non comme une maladie.

2° L'albuminurie est fréquente chez la femme enceinte (41 sur 205).

3° Dans *presque* tous les cas, elle reconnaît pour cause une simple hypérémie rénale, un simple trouble fonctionnel des reins.

4° Chose remarquable, encore mal expliquée, la primiparité en est une cause prédisposante des plus manifestes.

5° Au signe pathognomonique, la présence de l'albumine dans l'urine, s'ajoutent quelques symptômes concomitants plus ou moins variables, tels que :

a. — *L'hydropisie* soit du tissu cellulaire (œdème), soit des membranes séreuses. Cette hydropisie manque très souvent (23 sur 41). Quand elle existe, elle disparaît d'ordinaire très rapidement après l'accouchement.

b. — Des *douleurs lombaires ;* elles manquent le plus souvent ; il est d'ailleurs très difficile, pendant la grossesse, d'apprécier avec justesse leur signification.

Presque toujours, l'albuminurie des femmes enceintes est exempte de réaction générale.

Je n'ai jamais rencontré l'amaurose.

6° Dans la très grande majorité des cas, l'albuminurie de la femme enceinte disparaît presque immédiatement après l'accouchement.

7° L'albuminurie observée par moi n'a été accompagnée d'aucun accident dans la plupart des cas (37 sur 41).

Elle ne m'a pas paru avoir d'influence nettement marquée sur la marche de la grossesse, l'avortement, l'accouchement prématuré, le développement et la vie du fœtus, la durée du travail, la délivrance, les suites de couches et la sécrétion laiteuse.

L'œdème est loin d'avoir la valeur qu'on lui a accordée.

8° Tous les cas d'éclampsie que j'ai observés ont été accompagnés d'albuminurie ; il s'en faut de beaucoup heureusement que la réciproque soit vraie.

9° L'existence d'une certaine relation entre l'albuminurie et l'éclampsie ne peut plus, ce me semble, être mise en doute. S'ensuit-il que ces deux états morbides jouent, l'un par rapport à l'autre, le rôle de cause et d'effet ? Cela est possible ; ce n'est pas logiquement nécessaire, et surtout ce n'est pas prouvé.

Peut-être dépendent-elles toutes les deux d'une seule et même cause, une congestion sanguine portant à la fois sur l'axe cérébro-spinal et sur les reins.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'une femme enceinte présentera de l'albuminurie, *il faudra la surveiller*, *l'observer de très près ;* et si, à ce symptôme, viennent s'ajouter quelques-uns des signes précurseurs de l'éclampsie (maux de tête, troubles de la vue ou autres), on devra mettre immédiatement en usage les moyens propres à la prévenir.

10° *L'albuminurie, en tarissant plus ou moins la source des éléments plastiques du sang, prédispose aux hémorrhagies après l'accouchement.*

La fluidité du liquide nourricier, due à cette cause, est encore augmentée, dans certains cas, par la chloro-anémie, qui s'observe assez souvent dans les derniers temps de la grossesse.

Cette fluidité a des degrés, d'où les différences dans la gravité des hémorrhagies qui en sont l'effet.

1850. *Nombreux exemples d'hémorrhagie utéro-placentaire et dans l'épaisseur des membranes.*

(*Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie.*)

Je montre que c'est là une des causes les plus communes de l'avortement qui survient dans les deux premiers mois.

1850. *Note sur un cas d'ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale.*

(Lue à la Société de chirurgie.)

Le fémur et l'os iliaque étaient complétement confondus ; il n'existait plus de tissu compacte entre les deux os, et le tissu spongieux de l'un était tellement continu avec celui de l'autre, que, sur la coupe, il n'était pas possible de distinguer là où finissait le premier, là où commençait le second. (Note reproduite dans la thèse de M. Richet, concours pour la chaire de médecine opératoire.)

1852. *De la cataracte noire.*

(Comptes rendus de la Société de biologie.)

Deux exemples de cette variété de cataracte avec figures donnant le résultat de l'examen microscopique.

Dans l'examen des deux yeux, une chose a frappé mon attention, c'est l'absence presque complète de pigment sur la choroïde et sur l'iris.

Par l'examen microscopique, j'ai pu me convaincre que la matière noire, renfermée entre les lames et dans l'épaisseur des lames du cristallin, était tout à fait analogue à la matière pigmentaire.

Ces pièces anatomiques ont été trouvées sur un même sujet servant aux répétitions de médecine opératoire, et je n'ai pu avoir aucun renseignement sur le malade.

1852. *Mémoire sur une espèce remarquable et non décrite en France d'étranglement interne.*

(Mémoire lu à la Société de chirurgie. — Inédit.)

Ce Mémoire, dont les éléments ont été recueillis dans le service de M. le professeur Velpeau, renferme une observation complète et très détaillée d'étranglement produit, chez un homme adulte, par l'*enroulement du mésentère deux fois sur lui-même*, sans complication d'aucune autre lésion ; de telle sorte qu'après avoir détourné le mésentère en sens inverse de celui dans lequel il s'était enroulé, il était complétement impossible de voir dans l'abdomen quoi que ce soit d'anormal. La hernie que portait cet homme était très volumineuse, et facilement réductible. Cette dernière circonstance relative au volume de la hernie, et par conséquent à la quantité d'intestin qui la formait, est importante à noter, parce que, selon toute probabilité, cette condition est une de celles qui doivent le plus prédisposer à ce mode d'étranglement, par enroulement du mésentère sur lui-même. Les anses nombreuses de l'intestin peuvent, en effet, beaucoup

plus facilement rentrer en désordre, qu'on me passe l'expression, et s'enrouler sur elles-mêmes.

1853. ***Note sur une nouvelle application de l'auscultation obstétricale au diagnostic de l'hydrocéphale pendant le travail de l'accouchement.***

(Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie.)

On sait que, le plus souvent, l'hydrocéphale est méconnue pendant la plus grande partie du travail de l'accouchement ; la première idée qui vient à l'esprit, quand l'engagement de la tête tarde à s'effectuer, c'est qu'on a probablement affaire à un rétrécissement du bassin. Les signes de l'hydrocéphale sont le plus ordinairement très difficiles à constater, d'une part, à cause de l'obliquité ou de l'inclinaison de la tête fœtale, qui fait que ce qui répond au vide du col et du bassin, ce n'est point une suture ou une fontanelle, mais bien le pariétal antérieur ; d'autre part, à cause de l'élévation même de cette partie fœtale, qui la rend peu accessible au doigt. Pour toutes ces raisons le diagnostic reste très incertain, et tant que l'enfant est vivant, on se contente d'attendre d'autant plus volontiers, qu'on ne trouve pas ordinairement de viciation notable du bassin. Il en résulte des pressions longtemps prolongées, supportées par les parties molles maternelles, entre deux corps solides, le contour du bassin, d'un côté, de l'autre la tête du fœtus plus ou moins violemment poussée par les contractions utérines ; d'où il peut résulter des gangrènes, des eschares, et, plus tard, des fistules de différente nature, voire même la mort par péritonite suraiguë, à la suite d'une communication anormale d'un point quelconque des voies génitales avec la cavité abdominale, comme j'ai eu l'occasion d'en observer un cas tristement remarquable à la Maternité. Il est donc utile de chercher par tous les moyens à reconnaître le plus tôt possible cette cause de dystocie, l'hydrocéphale, afin d'intervenir en temps opportun. Le moyen que j'indique, sans être infaillible, peut mettre sur la voie du diagnostic, et c'est à ce seul titre que je l'ai proposé.

Il résulte de la combinaison des indications fournies par le toucher, avec celles obtenues par l'auscultation; il peut être formulé de la manière suivante : quand, par le toucher vaginal, on aura nettement reconnu les caractères de la présentation du sommet, *dans un bassin d'ailleurs normal*, et que, par l'auscultation, on trouvera les signes d'une présentation de siége, c'est-à-dire le maximum des bruits du cœur au niveau et surtout au-dessus de l'ombilic, on devra songer à un excès de volume de la tête fœtale. Or, parmi les causes qui peuvent produire cet excès de volume, l'hydrocéphale est de beaucoup la plus fréquente.

Un cas de grossesse gémellaire avec mort du fœtus inférieur, présentant le sommet, pourrait seule donner le change, et encore, dans ce cas, la tête fœtale, qu'on sentirait par le toucher, serait plus ou moins *engagée* dans l'excavation, tandis que dans le cas d'hydrocéphale, elle reste *élevée* au-dessus du détroit supérieur.

1853. *Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement*

(Thèse de concours pour l'agrégation, section des accouchements.)

Exposé complet de l'état de la science sur ce sujet au moment où il fut rédigé. Relation de plusieurs observations inédites à cette époque.

1853. *De l'arthrite suppurée et de sa guérison possible avec conservation des mouvements.*

(Mémoire lu à la Société de chirurgie. — *Archives générales de médecine*, mai 1856.)

Après avoir prouvé, dans une partie historique, qu'aucun auteur ne signale comme *possible* la terminaison de l'arthrite suppurée par la *guérison avec conservation des mouvements*, j'établis la *possibilité* de cette heureuse terminaison en rapportant trois observations détaillées. Les deux premières sont relatives à deux femmes en couches : l'une d'elles

avait une arthrite suppurée tibio-tarsienne; chez l'autre, c'était l'articulation fémoro-tibiale qui était le siége de l'affection. L'observation m'a été communiquée par M. Monod. La troisième observation a été recueillie sur un jeune ouvrier en châle, couché dans les salles de M. le professeur Nélaton. Il s'agit encore là d'une arthrite suppurée du genou ; seulement, dans ce cas, la maladie n'était plus spontanée, mais résultait d'un traumatisme. Une branche des longs ciseaux dont se servent ces ouvriers pour tondre les châles, avait pénétré dans l'articulation.

De ces trois faits observés dans l'espèce humaine, j'ai rapproché les cas nombreux d'arthrites temporo-maxillaires guéries avec conservation du mouvement chez le cheval, comme le prouve la communication faite par M. H. Bouley à la Société de biologie.

Je suis porté à penser que les heureux résultats que j'ai observés sont dus en partie à la conduite tenue dans ces différents cas, et, entre autres choses, à l'ouverture précoce des articulations suppurées, sans rien affirmer cependant sur ce dernier point.

Les conclusions sont les suivantes :

1° L'arthrite suppurée, *franchement inflammatoire*, *peut*, particulièrement chez les femmes en couches, se terminer par la *guérison complète*, c'est-à-dire par la *guérison avec conservation des mouvements* de l'articulation qui a été malade.

2° Il serait *peut-être* utile, pour avoir plus de chances d'obtenir cet heureux résultat, de pratiquer au pus une issue facile par des incisions suffisantes, faites à un moment aussi rapproché que possible de celui où l'inflammation articulaire s'est compliquée de suppuration.

1855. *De la paralysie survenant pendant la grossesse et le temps des couches.*

(*Archives générales de médecine*, janvier 1855.)

Travail important par Churchill (*The Dublin quaterly journal*, may 1854), traduit par M. Hippolyte Blot.

Les faits les plus remarquables qui ressortent de ce travail sont :

1° La possibilité, pendant la grossesse et l'état puerpéral, d'accidents divers de paralysie du mouvement ou de la sensibilité sans lésions appréciables des centres nerveux et sans hystérie.

2° La coïncidence fréquente de l'albuminurie avec ces diverses paralysies qui, dans quelques cas, se sont terminées par la mort subite.

1855. *De l'accouchement prématuré artificiel par les douches utérines.*

(*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, t. II, p. 349.)

Note dans laquelle je rapporte un fait de cette espèce, pour un cas de rétrécissement du bassin chez une femme qui avait déjà subi plusieurs fois cette opération au moyen de l'éponge préparée ou procédé de Kluge.

Quatre douches suffirent pour amener le travail.

Cette note contient également la description détaillée d'un instrument simple, portatif, d'une grande force, et pouvant être réglé suivant la volonté de l'accoucheur quant à l'intensité du jet d'eau dirigé sur le col ou dans le col.

Une planche représentant cet appareil en caoutchouc volcanisé, exécuté par M. Mathieu, accompagne cette note.

1855. *Invention d'un nouveau craniotome destiné à remplacer les ciseaux de Smellie.*

Ce cranotomie se compose de deux lames se recouvrant l'une l'autre, de telle façon que, l'instrument étant fermé, le bord mousse d'une lame déborde d'un millimètre le bord tranchant de l'autre, et réciproquement.

Chaque face libre porte à son extrémité A une petite arête, qui donne à la pointe de l'instrument une forme quadrilatère; un clou placé sur al



face interne de la branche à bascule D s'engage dans une échancrure de la branche opposée, et limite la course dans un sens, tandis que le ressort C la limite dans le e ns contraire.

Les deux branches sont articulées à tenon (modèle Charrière).

La femme étant placée dans une position convenable, l'opérateur saisit l'instrument de la main droite par son manche, et l'introduit sur la face palmaire des doigts indicateur et médius gauches, jusque sur la tête du fœtus où ces doigts le maintiennent; puis, imprimant des mouvements de rotation sur son axe en sens contraire, comme avec un poinçon, il pénètre dans le crâne sans presque faire d'effort; alors seulement il ouvre l'instrument pour agrandir l'ouverture; pour cela, la main gauche restant en place, et maintenant l'instrument, il suffit de presser avec l'extrémité des quatre doigts de la main droite sur la bascule D, tandis que le manche est appliqué contre l'éminence thénar.

Avant de retirer le craniotome, on le laisse se fermer de lui-même, et alors son extraction des parties génitales n'offre plus aucun danger ni pour la muqueuse vaginale, ni pour les doigts de l'opérateur.

Les principaux avantages de cet instrument peuvent se résumer ainsi :

1° Solidité et simplicité très grandes.

2° Introduction et extraction complétement inoffensives, ce qui met l'instrument à la portée des moins expérimentés.

3° Possibilité d'agir *par pression* et avec *une seule main* pour l'ouvrir et le fermer, l'autre main restant libre pour guider l'instrument, le maintenir en place, et savoir toujours ce qu'il devient pendant la durée de l'opération.

4° Possibilité de perforer les os *sans faire d'efforts*, d'où moins de chances de glissement, et par suite moins de danger pour les parties maternelles.

5° Démontage et nettoyage faciles.

6° Enfin, simplicité de fabrication, et, par suite, prix moins élevé que celui des ciseaux de Smellie munis de leur couvercle.

1856. *Nouvelle description des ligaments ronds,* avec une planche photographiée.

(Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie.)

Tous nos traités d'anatomie, même les plus récents, décrivent les ligaments ronds, comme des cordons cylindriques, s'étendant de différents points d'insertion au pubis, vers l'angle supérieur de l'utérus, où ils s'inséreraient au niveau de la face antérieure, précisément au point correspondant à celui où s'insère, en arrière, le ligament de l'ovaire. Or j'ai montré, sur l'utérus d'une femme de quarante à quarante-cinq ans *en vacuité*, que ces ligaments, loin de représenter deux cordons cylindriques, constituent deux véritables *muscles en forme d'éventail*, qui, au niveau de leur extrémité interne ou utérine, se continuent avec les fibres superficielles de l'utérus dans toute la hauteur du corps de cet organe, et cela de la manière la plus évidente, même en dehors de l'état de grossesse. Une planche photographiée, et par conséquent *nécessairement* très fidèle, accompagne la description. Il suffit, pour bien voir cette disposition, d'enlever l'utérus du bassin avec tous ses annexes, et en particulier avec les ligaments larges. Le simple dédoublement des feuillets séreux de ces replis fait apparaître, dans tout son jour, l'exactitude de la description donnée plus haut. Inutile d'ajouter les conséquences physiologiques et pathologiques faciles à déduire de cette conformation des ligaments ronds sur les différents états statiques de l'utérus. Ce sont là autant de questions sur lesquelles je me propose de revenir un peu plus tard.

1855. ***Absence complète de la trompe gauche avec état rudimentaire de l'ovaire du même côté.***

(Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie.)

Sur la même pièce qui a servi à la démonstration de l'état réel des ligaments *dits ronds*, j'ai fait voir un exemple très remarquable, unique dans la science, d'absence complète de la trompe avec état rudimentaire de l'ovaire correspondant. M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, dans son beau *Traité de tératologie*, dit n'en avoir jamais vu d'exemple, et je n'ai pu en retrouver non plus dans aucun autre auteur.

1854. ***Variole chez un fœtus de six mois et demi, dont la mère avait eu récemment une varioloïde discrète.***

(Comptes rendus de la Société de biologie, t. V, p. 96, 1re série.)

Observation très détaillée, suivie de réflexions, et de laquelle ressort : 1° ce fait intéressant que le fœtus peut subir une influence différente de celle de la mère de la part du même virus variolique ; 2° que, dans ce cas comme dans plusieurs autres analogues, il semble que le fœtus ne soit atteint par la maladie qu'un certain temps après la mère.

1856. ***Variole chez le fœtus sans variole chez la mère.***

(Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie.)

Observation recueillie à la Clinique d'accouchements de la Faculté, établissant, d'une manière incontestable, ce que Mauriceau avait déjà prouvé sur lui-même, à savoir que la mère vaccinée, ou réfractaire à la variole, peut servir de véhicule au principe contagieux variolique, et le transmettre à l'enfant qu'elle porte dans son sein sans être frappée elle-même.

Dans cette curieuse et très rare observation, la mère portait des traces

non équivoques de vaccine, et son enfant né-mort offrait plus de cinquante pustules de variole sur la peau, et à peu près autant sur la muqueuse du tube digestif. La contagion avait eu pour source une amie de la mère, sortie récemment de l'Hôtel-Dieu, au moment de la période de desquammation d'une variole assez grave.

1855. *De l'insuffisance de la docimasie pulmonaire pour reconnaître si un enfant a ou n'a pas respiré.*

(Comptes rendus de la Société de biologie.)

Je démontre, par plusieurs faits recueillis à la Clinique d'accouchements, que des poumons d'enfants ayant respiré plusieurs heures, une demi-journée et même un jour et demi, peuvent aller au fond de l'eau, quand on les y plonge soit en totalité, soit par morceaux.

Mais ce qui fait voir qu'il y a eu respiration et par conséquent vie, c'est qu'en pressant ces morceaux de poumon sous l'eau, on en voit sortir des bulles d'air, tandis que rien de semblable ne peut se voir quand il n'y a pas eu respiration.

1855. *Du frémissement vibratoire au niveau du bruit de souffle abdominal.*

(Comptes rendus de la Société de biologie.)

Dans ce travail, je fais connaître un fait nouveau que j'ai découvert pour la première fois, en 1855, en explorant, par la palpation abdominale, une femme en travail et à terme. Il consiste en la perception d'un *frôlement* ou *frémissement vibratoire*, que les doigts peuvent percevoir très nettement au niveau de l'endroit où l'on entend le maximum du souffle utérin; il est superficiel, paraît et disparaît avec le bruit de souffle dont il suit toutes les variations. Il m'a été possible plusieurs fois, depuis cette époque, de dire, avant d'avoir ausculté : c'est là que se trouve le maximum du

souffle, parce qu'avec la main, j'avais senti le frémissement vibratoire. Il n'existe pas dans tous les cas où l'on entend le souffle.

Ce fait me paraît devoir militer en faveur de l'opinion émise par M. le professeur P. Dubois sur le siége et la nature du souffle; c'est, en effet, un point de ressemblance de plus de ce bruit avec celui qui se passe au niveau des anévrysmes artérioso-veineux. Il est d'ailleurs beaucoup trop superficiel pour qu'on puisse supposer qu'il se produit dans les gros vaisseaux qui rampent sur la partie postérieure du bassin. S'il en était ainsi, on ne comprendrait d'ailleurs pas comment il cesserait d'exister au plus fort de la contraction utérine; car, dans ce moment, le globe utérin est disposé le plus favorablement possible pour le transmettre.

1855. *Note sur un cas d'ectromélie chez le fœtus avec hydramnios.*

(Comptes rendus de la Société de biologie.)

Dans ce cas comme dans la plupart de ceux où il y a hydramnios, l'accouchement eut lieu avant terme (sept mois). Outre l'avortement des membres, le fœtus présentait de l'hydrocéphalie, et une éventration considérable avec ascite et anasarque.

1855. *Note sur un cas très remarquable de méningo-encéphalocèle de la racine du nez chez un fœtus à terme.*

(Comptes rendus de la Société de biologie.)

Fait rare qui, rapproché de plusieurs autres analogues, vient à l'appui de l'opinion émise par M. Spring dans sa belle *Monographie sur les hernies du cerveau et de ses enveloppes*, à savoir que l'*encéphalocèle n'est qu'une complication de la méningocèle*. La tumeur herniaire avait dans ce cas un volume égal à celui de la tête du fœtus, ce qui est devenu pendant le travail une cause de retard, sans cependant mettre un obstacle absolu à l'accouchement.

1855. *De la tumeur ou bosse sanguine chez les enfants morts avant le travail.*

(Comptes rendus de la Société de biologie.)

Dans ce travail, je démontre, par des faits nombreux, que l'opinion qui consiste à croire que la bosse sanguine ne se forme pas sur la partie fœtale qui répond au vide du col et du bassin, quand l'enfant est mort avant le début du travail, ou même avant la rupture des membranes, est complétement inexacte. Cette bosse sanguine se forme même dans ces conditions, et par conséquent les conclusions médico-légales qu'on tire dans tous les livres, relativement à l'infanticide, de l'existence ou de l'absence de cette tuméfaction séro-sanguine, sont fausses et dangereuses. Ce qui a induit les auteurs en erreur, c'est qu'ils se sont fait une idée incomplète du mode de formation de la tumeur en question ; ils ont pensé qu'elle tenait uniquement à la gêne de la circulation veineuse ou circulation en retour; ils ont dû en conclure tout naturellement que la vie n'existant plus, le phénomène ne pouvait plus se produire ; mais ils ont oublié qu'à cette cause de la tuméfaction séro-sanguine, il faut en ajouter une autre qui exerce son action aussi bien, et même plus encore, après la mort que pendant la vie : je veux parler de l'action de la pesanteur.

1856. *Des différentes variétés de délivres dans les grossesses gémellaires.*

(Comptes rendus de la Société de biologie. — **N'a pas encore paru, 3 planches.)**

Dans ce travail, l'examen attentif et l'injection de tous les délivres de grossesses doubles que j'ai pu rencontrer m'ont amené aux conclusions suivantes :

1° Il y a *trois* dispositions principales, sans parler des variétés de forme de la masse placentaire :

A. Il y a *une seule cavité amniotique*, dans laquelle se trouvent les deux fœtus.

C'est le cas le plus rare ; je ne l'ai rencontré que deux fois.

B. Il y a *deux cavités amniotiques*, une pour chaque fœtus. Mais dans ce cas, tantôt la cloison de séparation des deux œufs ne renferme que deux feuillets membraneux (les deux amnios adossés), tantôt on retrouve dans cette cloison quatre feuillets faciles à isoler les uns des autres avec les doigts (deux amnios et deux chorions).

Cette dernière disposition est de beaucoup la plus commune.

Quand il n'existe qu'une seule cavité amniotique pour les deux fœtus, les appareils circulatoires des deux fœtus communiquent largement l'un avec l'autre dans le placenta ; ce qu'on démontre par l'injection d'un seul cordon qui suffit à remplir toute la masse placentaire du liquide injecté. Après avoir ainsi rempli cet organe, ce liquide revient par le deuxième cordon.

Quant aux deux autres variétés de délivres, voici ce qu'elles offrent de particulier relativement aux rapports circulatoires entre les deux organismes fœtaux :

Toutes les fois que la cloison de séparation des deux œufs, ou plutôt des deux cavités amniotiques, n'est formée que par *deux feuillets* (les amnios adossés), le chorion étant unique pour les deux œufs, il y a communication entre les deux appareils circulatoires des fœtus dans le placenta. *Toutes les fois*, au contraire, qu'il y a dans la cloison *quatre feuillets* (deux amnios et deux chorions), il n'y a *jamais* de communication vasculaire entre les deux système circulatoires, et l'injection poussée par un seul des cordons ne pénètre que dans la portion correspondante du placenta ; la portion de la masse placentaire qui répond au cordon non injecté reste complétement vide de matière à injection. Cette dernière disposition se voit surtout très bien quand on emploie une matière fortement colorée. On a alors sur la face utérine du placenta une portion plus ou moins grande de la masse, en apparence unique, qui a pris la couleur de la matière injectée, tandis que l'autre conserve sa couleur normale.

J'ai pu par ce même moyen m'assurer que, contrairement à l'opinion émise autrefois par Lobstein, le volume et l'étendue du placenta est, en général, en rapport direct avec le volume et le poids du fœtus. Au fœtus

le plus gros correspond la portion la plus volumineuse du gâteau placentaire.

J'ai eu l'occasion de voir, dans deux cas, cette distinction entre les deux portions de la masse placentaire unique, établie d'une manière très nette par la nature elle-même. En effet, dans ces deux cas, où la cloison de séparation contenait quatre feuillets, l'un des fœtus avait cessé de vivre vers le quatrième mois de la grossesse; l'autre était, au contraire, parvenu au terme régulier de la vie intra-utérine. Toute la portion du placenta, qui correspondait au fœtus mort et momifié, s'était racornie, indurée, et avait pris une teinte jaunâtre, qui tranchait très nettement sur la couleur rouge de la portion de délivre appartenant au fœtus qui avait continué de vivre jusqu'au terme de la grossesse.

Cette indépendance des deux circulations fœtales dans la masse placentaire, quand il y a quatre feuillets dans la cloison de séparation, ne m'a pas offert une seule exception; aussi peut-on d'avance, par le seul examen de cette cloison, dire si l'injection pénétrera tout ou une partie seulement du placenta, si elle n'est poussée que par un cordon.

Cette constance entre l'état des membranes et les rapports circulatoires des deux fœtus dans le placenta, est telle, que je me crois autorisé à admettre que cela dépend de différences primordiales dans le développement des deux embryons.

Dans les deux premiers cas (1° une seule cavité amniotique; 2° deux cavités amniotiques séparées seulement par l'adossement des amnios), il n'y a eu qu'un seul œuf, un seul blastoderme, sur lequel se sont développés deux germes. Dans le troisième cas (deux cavités amniotiques, séparées par une cloison composée de quatre feuillets, deux amnios, deux chorions), il y a eu développement simultané de deux œufs complets l'un à côté de l'autre, mais parfaitement distincts dès leur origine.

Il me serait assez facile de démontrer ces propositions, mais l'étendue de cette notice ne me permet pas d'entrer dans de plus grands détails sur ce point intéressant d'embryologie.

1856. ***De la rotation artificielle, au moyen du forceps, dans les mento-postérieures qui ne se réduisent pas spontanément en mento-antérieures.***

(Comptes rendus de la Société de biologie.)

Je rapporte dans ce travail un certain nombre d'observations recueillies à la Clinique d'accouchements ou en ville, dans lesquelles cette rotation a pu être faite sans aucun dommage ni pour l'enfant, ni pour la mère.

Ces observations sont d'ailleurs rapprochées de faits analogues tirés des différents auteurs, et elles me paraissent démontrer, d'une manière péremptoire, que ce procédé opératoire décrit par Smellie, et conseillé depuis longtemps par M. le professeur P. Dubois, dans ses *Leçons cliniques*, est bien préférable à toutes ces tentatives manuelles décrites et préconisées dans la plupart des traités d'accouchements (transformation de la présentation de la face en une présentation du sommet; rotation artificielle avec la main seule; version pelvienne, etc.). Ces procédés me paraissent ou inapplicables, ou plus dangereux que la rotation avec le forceps. En effet, il est de précepte, dans l'accouchement par la face, d'attendre tout d'abord et de n'intervenir que quand l'inutilité des efforts de la nature a été bien constatée. Ce précepte repose sur ce que, contrairement à l'opinion des anciens accoucheurs, l'accouchement, dans cette présentation, peut se terminer spontanément dans la plupart des cas. Or, quand on a ainsi attendu, la face est plus ou moins *engagée* dans l'excavation, et alors, pour suivre le conseil de substituer une présentation du sommet à une présentation de la face, il faudrait, à un moment donné, faire passer, en même temps, dans l'excavation pelvienne les deux extrémités du diamètre occipito-mentonnier, ce qui est impossible si l'on a affaire à un fœtus à terme. En effet, ce diamètre a, comme on sait, en moyenne, 13 centimètres 1/2; or le diamètre de l'excavation n'en a que 12.

A cette raison déjà bien suffisante, il faut ajouter que le motif qui a surtout fait rejeter la rotation artificielle, à savoir le danger de *tordre le cou* du fœtus, est illusoire, et qu'on peut l'éviter. On s'expose, a-t-on dit.

à luxer les articulations cervicales, attendu que celle qui jouit du mouvement le plus étendu, l'axoïdo-altoïdienne, ne peut décrire un mouvement de plus d'un *quart* de cercle. Mais d'abord, dans la plupart des cas (dans tous ceux que j'ai vus), les contractions utérines font tourner le tronc pendant que le forceps imprime à la tête le mouvement de rotation artificiel, et, dans bon nombre de cas, la première impulsion une fois donnée, on voit les contractions utérines, jusque-là insuffisantes, devenir très efficaces, et faire tourner tout à la fois le tronc, la tête et le forceps appliqué sur elle, de telle façon que le chirurgien n'a plus qu'à soutenir l'instrument. D'ailleurs, en supposant même que le tronc reste complétement immobile, on peut très bien, en imitant ce que la nature fait quelquefois toute seule (observations de madame Lachapelle), ne ramener le menton qu'au niveau de la partie moyenne de la branche ischio-pubienne, et même moins loin en avant, puis dégager le menton dans cette position. Or, dans ces cas, si l'on veut y regarder d'un peu près, on verra que l'arc de cercle, qu'on a ainsi fait décrire au menton, ne dépasse pas le quart du cercle; il est, en effet, représenté par la ligne courbe étendue de l'articulation sacro-iliaque à l'éminence iléo-pectinée, c'est-à-dire par une ligne qui est moindre qu'un quart de cercle.

Enfin, comme dernier argument en faveur du procédé que nous cherchons à vulgariser, nous ajoutons que ces tentatives sont beaucoup moins dangereuses pour les parties maternelles que les efforts, d'ailleurs nécessairement infructueux, faits avec les mains pour transformer la présentation de la face en une présentation du sommet. Elles exposent, en effet, à des déchirures du vagin, ou à la désunion de l'utérus et du vagin, etc., etc.

Quant à la version pelvienne, elle n'est pas plus applicable, pour le motif signalé en commençant, à savoir : l'*engagement* trop considérable de la partie fœtale, au moment où il est de règle d'intervenir.

Si nous avons insisté sur ce procédé, c'est qu'il est destiné à vaincre une cause de dystocie reconnue comme une des plus gra
rencontrer. Il était donc utile de chercher à en répandre l'emploi.

1856. *De la désarticulation de l'épaule dans les cas de version rendue impossible au deuxième temps* (évolution) *par la rétraction violente de l'utérus.*

(Mémoire lu à la Société de chirurgie. — Inédit.)

Relation détaillée d'un fait de cette espèce, avec rappel de plusieurs autres analogues observés par moi, soit dans la pratique de M. le professeur Paul Dubois, soit dans ma pratique particulière, d'où je conclus :

1° Dans les cas de version rendue impossible au deuxième temps (évolution) par la rétraction violente de l'utérus, la première chose à tenter est la décollation.

2° Si la tête est trop élevée pour qu'on puisse pratiquer la section du cou, la *désarticulation de l'épaule* et l'ablation du membre en procidence, peut, contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs, rendre l'évolution possible, et on ne doit pas la rejeter *à priori*. Ce serait se priver bénévolement d'une ressource qui, dans plusieurs cas, a permis de terminer un accouchement jusque-là impossible.

Il est bien entendu que la mort du fœtus est supposée reconnue de façon à ne laisser *aucun doute.*

1856. *De la glycosurie physiologique des femmes en couches, des nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes.*

(Mémoire lu à l'Institut le 6 octobre 1856. —*Comptes rendus de l'Académie des sciences.* — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, p. 720, 1856. — *Gazette des hôpitaux*, 1856, n° 721.— *Union médicale*, 1856, n° 126. — *Gazette médicale*, 1856, n 42). — *Moniteur des hôpitaux*, 1856.

Travail complétement original dans lequel j'établis, par des preuves péremptoires, l'existence normale du sucre dans l'urine de *toutes* les femmes en couches, de *toutes* les nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes.

Les conclusions qui le résument sont les suivantes :

1° Il existe une *glycosurie physiologique* chez *toutes* les femmes en couches, chez *toutes* les nourrices, et chez la *moitié* environ des femmes enceintes.

2° Ce fait intéressant est démontré :

a. — Par la réduction de la liqueur cupro-potassique.

b. — Par la coloration brune des solutions alcalines de potasse ou de chaux.

c. — Par la fermentation, qui donne, d'une part de l'alcool, de l'autre de l'acide carbonique.

d. — Enfin par la déviation à droite du plan de polarisation.

3° Cette espèce de fonction nouvelle est en rapport évident avec la sécrétion lactée ; elle diminue considérablement d'activité, cesse même le plus souvent dès que survient un état morbide ; elle reparaît avec le retour de la santé et le rétablissement de la lactation.

4° La *glycosurie physiologique*, indiquée plus haut, existe non-seulement chez la femme, mais aussi chez la vache.

Comptes rendus dans les *Archives générales de médecine* des travaux divers d'obstétrique publiés en France et à l'étranger.

(Passim in *Archives générales de médecine*, 1853, 1854, 1855, 1856.)

Suivant l'usage adopté par les rédacteurs des *Archives*, ces articles de revue générale ne sont pas signés.

1856 - De la rupture artificielle des membranes. Leçon par Mr le professeur P. Dubois, rédigée et publiée dans la gazette des hopitaux.

1856 - Arthrite suppurée du coude, avec développement de gaz dans l'articulation, à la suite d'infection purulente résultant d'une phlébite utérine développée 20 jours après l'accou[illegible]

(Soc. de Biol. - 8 mars — 56)

1856 - Observation d'Hématurie chez un enfant de 3 ans chloro-anémique.

(Soc. Biol. - 10 mai 56.)

1856 - De l'anesthésie appliquée à l'art des accouchements.

(thèse de concours pour l'agrégation)

Exposé complet de tout ce qui avait été fait jusqu'à cette époque sur le sujet proposé. - Observation inédite d'éclampsie évidemment guérie par les inhalations de chloroforme. - résultats de recherches sur l'emploi de l'éthéro-chloroforme. Index bibliographique très complet de tous les travaux publiés en France et à l'étranger sur le même sujet.

1860 - Mémoire sur l'accouchement prématuré artificiel.

quatre observations avec succès complet pour la mère et l'enfant, par l'auteur.

(travail rédigé pour l'académie - inédit)

1860 - Du ralentissement du pouls dans l'état puerpéral.

travail complètement original, basé sur observations très nombreuses recueillies en 1855 et 1856.

(rédigé également pour l'académie - inédit)